




Наименование структурного подразделения:	ГКП на ПХВ «Ленгерская Городская поликлиника»		
Названия документа:	СОП «Программа инфекционного контроля»		
Утвержден:	Руководитель ГКП на ПХВ «ЛГП» Чалкаров А.Б.		
Дата утверждения:			
Разработчик:	<i>Должность</i>	<i>Ф.И.О.</i>	<i>Подпись</i>
	Врач эпидемиолог	Тургимбаева Г.А.	
Согласовано:	Заместитель гл.врача по лечебному делу	Анаркулова У.О.	
	Заместитель гл.врача по контролю качества мед.услуг	Рысбаев С.Т.	
	Врач эксперт		
Дата согласования:	04.01.2024г.		
Дата введения в действие	04.01.2024г.		
Версия №	Копия № _____	04 /01 _____ / 2024г. Ф.И.О. _____ Подпись _____	

Дата последнего пересмотра « 04 » « 01. » 2024г

Дата следующего пересмотра « _____ » « _____ » 2027г

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 2 из 30

1. Содержание

Сокращения, используемые в стандарте операционной процедуры	3
Пользователи стандарта операционной процедуры	3
Определение	3
Цель	5
Алгоритм стандартных действий и/или операций	5
Требования к работникам	6
Описание стандартных действий и/или операций	6
Документирование процедуры	30
Индикаторы эффективности выполнения стандарта операционной процедуры	30
Организационные аспекты разработки стандарта операционной процедуры	30
Указание условий пересмотра стандарта операционной процедуры	31
Список использованной литературы	31
Лист регистрации изменений и дополнений	33
Лист ознакомления	34
Лист учета периодических проверок	35



2. Сокращения

В настоящем СОП 1 используются следующие сокращения:

- 1) СОП - стандарт операционной процедуры;
- 2) МИ - медицинские изделия;
- 3) МЦБП - международные цели по безопасности пациента;
- 4) ИСМП - инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи;
- 5) ПИК - Программа инфекционного контроля;
- 6) ВБИ - внутрибольничные инфекции;
- 7) КИК - Комиссия по инфекционному контролю;
- 8) КПКИ - команда по предупреждению и контролю инфекций;
- 9) ПКИ - правила контроля инфекций;
- 10) ОИК - отдел инфекционного контроля;
- 11) РК - Республика Казахстан;
- 12) ЦСО - центральное стерилизационное отделение;
- 13) ЭКО - отделение экстракорпорального оплодотворения;
- 14) МЗ - Министерство здравоохранения;
- 15) П11 СВ - Постановление Главного Государственного санитарного врача;
- 16) Н1 1А - нормативный правовой акт;
- 17) МЛУ - множественная лекарственная устойчивость;
- 18) ИК - инфекционный контроль;
- 19) ООиКИ - особо опасные и карантинные инфекции;
- 20) УСЭК - управление санитарно-эпидемиологического контроля;
- 21) ВГП - вирусный гепатит В;
- 22) ДЛО - департамент лекарственного обеспечения.

3. Пользователи СОП:

СОП распространяется на медицинский персонал клинического подразделения, сотрудников неклинических структурных подразделений, сотрудников отдела инфекционного контроля и на всю территорию Городской поликлиники, включая пациентов, посетителей (в т.ч. членов семьи).

4. Определения:

В настоящем СОП 1 используются следующие определения:

- 1) инфекционный контроль - система организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения внутрибольничных инфекций;
- 2) внутрибольничная инфекция - любое инфекционное заболевание бактериального, вирусного, паразитарного или грибкового происхождения, связанная с получением медицинских услуг пациентом или сотрудником медицинской организации;
- 3) инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи - случаи инфекции, связанные с оказанием любых видов медицинской помощи (в медицинских



стационарных и амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных организациях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому) или возникшее в течение инкубационного периода после получения медицинской помощи, или по истечении 72 часов после проведения инвазивной манипуляции;

- 4) источник инфекции - естественная среда обитания микроорганизмов, где обеспечивается их накопление, рост, размножение и выделение в окружающую среду};
- 5) инкубационный период - отрезок времени с момента попадания возбудителя в организм до проявления симптомов болезни;
- 6) специалист инфекционного контроля - врач-эпидемиолог и/или помощник врача-эпидемиолога, специально обученная медицинская сестра, которые организуют комплекс мероприятий по профилактике ВБИ, контролируют их выполнение, обеспечивают мониторинг ВБИ и обучение медицинского персонала по вопросам инфекционного контроля в медицинской организации;
- 7) стандарты инфекционного контроля — порядок организации и проведения системы инфекционного контроля;
- 8) занос инфекции в медицинскую организацию - инфекционные заболевания, приобретенные до поступления в стационар и проявившиеся или выявленные в стационаре;
- 9) алгоритм проведения медицинских манипуляций - технология проведения лечебно-диагностических манипуляций и профилактических мероприятий в целях уменьшения риска развития ИСМП;
- 10) факторы риска - это условия окружающей среды или самого организма, которые могут способствовать возникновению ИСМП и элементы окружающей среды, принимающие участие в передаче возбудителя инфекции;
- 11) штамм - чистая культура микроорганизма;
- 12) экзогенная инфекция - инфекция, развивающаяся в результате заражения микроорганизмами извне;
- 13) эндогенная инфекция - инфекция, развивающаяся в результате активации возбудителей самого организма облигатно-патогенного микроба (например: микобактерии туберкулеза) или микробами - нормальными обитателями тела человека, обычно наступает в результате снижения естественного или (и) приобретенного иммунитета, а также в результате пассивного заноса большой дозы микроба в стерильные области тела человека;
- 14) эпидемиологический надзор - это систематический сбор, сопоставление и анализ данных о случаях инфекций и обеспечение информацией ответственных лиц для принятия мер по улучшению качества медицинской помощи к профилактики инфекционных заболеваний;
- 15) эпидемиологическое наблюдение - систематический сбор, сопоставление и анализ данных о случаях инфекций и обеспечение информацией ответственных лиц для



принятия мер по улучшению качества медицинской помощи и профилактики инфекционных заболеваний.

- 16) эпидемиологически значимые медицинские манипуляции - медицинские манипуляции, при проведении которых в случае нарушения алгоритмов их проведения возникают ИСМП.

5. Цель:

Настоящий СОП разработан с целью:

- 1) Проведение и совершенствование единой системы организационных, профилактических, противоэпидемических мероприятий, разработка общебольничных инициатив, связанных с развивающимися медицинскими практиками направленными на предупреждение возникновения и распространения ИСМП.
- 2) Определение, снижение или устранение рисков заражения и передачи инфекций среди пациентов, персонала, врачей, наемных рабочих, волонтеров, студентов, резидентов, посетителей Городской поликлиники и другого населения.

6. Алгоритм стандартных действий и/или операций

6.1 Требования для выполнения СОП.

Для реализации Программы используют следующие задачи:

- 1) Проблема профилактики ИСМП остро стоит перед многопрофильными больницами, оказывающим специализированную стационарную и амбулаторную помощь, включающий самые уязвимые в эпидемическом отношении риски и особенности: отделения интенсивной терапии, хирургические, акушерско-гинекологические, ЭКО, неантологические, ортопедические, онкологические, соматические и другие. Поликлиника оказывает помощь пациентам из всего Казахстана, а также ближнего и дальнего зарубежья. Пациенты в возрасте от 0 (неантологическая служба) до 18 лет (педиатрическая служба), женское население детородного возраста (акушерство, ЭКО) и верхний возраст не ограничен (гинекология, амбулаторные пациенты).
- 2) Служба инфекционного контроля несет ответственность по отношению к пациентам, персоналу, практикующим врачам, работникам по контракту, волонтерам, добровольцам, студентам, резидентам, посетителям и сообществу, обеспечивая надлежащие безопасные условия пребывания пациентов и меры защиты, осуществляемые для определения и предупреждения внутрибольничных инфекций до их появления.
- 3) Служба инфекционного контроля утверждает и поддерживает комплексную программу предупреждения и контроля инфекций в рамках стандартов JCI, рекомендаций международных научных обществ, нормативных правовых актов РК.
- 4) Осуществление активного выявления всех форм инфекций путем создания эффективной системы эпидемиологического наблюдения с использованием научных (эпидемиологических) методов для исследования проблем и проверки гипотез.

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа



- 5) Осуществлять принципы, рекомендованные инфекционным контролем на постоянной основе, путем регулярного наблюдения, обучения и профессиональной подготовки персонала.
- 6) Определение критериев внутрибольничной инфекции.
- 7) Осуществление системы мониторинга инфекций, инфекционных рисков, уровня инфекции и тенденции по внутрибольничным инфекциям, систематического и целенаправленного надзора для выявления внутренних показателей инфекций и перенесенных инфекционных заболеваний.
- 8) Ежегодная оценка рисков и разработка комплекса организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий по снижению инфекционных рисков среди пациентов, персонала, врачей, административных работников, студентов, резидентов, посетителей путем составления ежегодных планов мероприятий по снижению рисков больничных инфекций среди пациентов, медицинских работников, посетителей, лиц по уходу за пациентами.
- 9) Осуществление расследования случаев вспышек инфекционных заболеваний.
- 10) Предупреждение возникновения противомикробной резистентности и/или распространения устойчивых штаммов микроорганизмов путем безопасного использования антибактериальных препаратов и постоянного улучшения контактных мер предосторожности.
- 11) Постоянное обучение персонала, пациентов, посетителей, лиц, задействованных в уходе за пациентами.
- 12) Определение процедур и процессов, связанные с риском инфекции и разработка стратегии по снижению инфекционных рисков.
- 13) Внедрение стратегической программы рационального использования антибактериальных препаратов.
- 14) Обеспечение реагирования на глобальные инфекции.

Ожидаемые результаты:

1. предотвращение заболеваемости ИСМП;
2. снижение затрат на лечение осложнений с фактами ВБИ;
3. предотвращение затрат на ликвидацию вспышек ВБИ;
4. профилактика заболеваемости персонала.

6.2 Описание стандартных действий и операций.

Организация программы ПИК

- 1) Главными факторами в предупреждении инфекций являются осведомленность и применение персоналом стандартов инфекционного контроля в практике ухода за пациентом и поддержание безопасной окружающей среды, включая санитарное состояние оборудования по уходу за пациентом и расходные материалы. Осмотр пациентов с риском инфицирования и идентификация инфицированных пациентов является отправной точкой для постоянного и



правильною применения мер по предупреждению и контролю внутрибольничных инфекций.

- 2) Персонал, который планирует и осуществляет непосредственный уход за пациентом, является ключевым фактором предупреждения и контроля внутрибольничных инфекций.
- 3) Управление инфекционного контроля проводится двумя структурами: командой инфекционного контроля и комиссией по инфекционному контролю.

Команда инфекционного контроля: эпидемиологи, зам. глав, врача по лечебной работе, заведующие отделениями, главная, старшие медицинские сестры, другие задействованные службы.

Работу сотрудник ОИК с активным участием сотрудников поликлиники в соответствии с утвержденными должностными инструкциями осуществляют:

- 1) Курирует, ведет мониторинг и оценивает реализацию ПИК.
- 2) Отвечает за внедрение, обучение и мониторинг выполнения ПИК во всех отделениях поликлиники.
- 3) Обучает врачей, медицинских сестер, вспомогательный персонал, пациентов и их представителей с помощью лекций, симпозиумов, рабочих совещаний и семинаров, тренингов, бесед по вопросам профилактики и контроля внутрибольничных инфекций, приветствуются самостоятельные обучения сотрудников.
- 4) Разрабатывает, пересматривает, согласовывает, внедряет, обновляет правила и алгоритмы, которые не ограничиваются, но связаны с: надзором внутрибольничных инфекций, дезинфекцией и стерилизацией больничного оборудования и хирургических инструментов, безопасностью персонала, стандартными мерами предосторожности, изоляцией пациентов, повреждениями от колющих предметов/крови и биологических повреждений, управлением отходами, прачечной и службой поддержания чистоты.
- 5) Осуществляет обзор и анализ месячных статистических данных по ИСМП, чтобы определить значительные изменения и показатели, по которым требуются соответствующие меры.
- 6) Регистрирует инфекционные заболевания, выявленные в поликлинике, выполняет отчетность и информирование соответствующих уполномоченных органов по заболеваниям, подлежащим регистрации.
- 7) Проводит оперативный эпидемиологический анализ, прогноз эпидемиологической ситуации.
- 8) Анализирует результаты микробиологических исследований от пациентов и объектов внешней среды.
- 9) Отслеживает формирование госпитальных штаммов.



- 10) Разрабатывает корректирующие мероприятия и обеспечивает выполнение требований санитарно-эпидемиологического режима поликлиники и соответствующих правил, процедур и программ.
- 11) разработку пороговых уровней показателей по инфекционному контролю;
- 12) расчет показателей инфекций связанных с оперативным вмешательством, ИВЛ, ЦВК и мочевым катетером;
- 13) мониторинг стандартов сестринского ухода и медицинской помощи на предмет выполнения правил асептики и соблюдение мер предосторожности;
- 14) мониторинг здоровья работников с целью ограничения возможности распространения инфекции между персоналом и пациентами;
- 15) контроль правильности стерилизации и дезинфекции;
- 16) разработку базового руководства по правилам и процедурам, связанным с обеспечением инфекционной безопасности;
- 17) разрабатывает правила и процедуры выявления, профилактики и борьбы с инфекциями у пациентов, медицинских работников и посетителей в поликлиники;
- 18) контроль за обращением медицинских отходов;
- 19) регулярный обход с заполнением актов, рейсеров всех подразделении, включая зоны для посетителей, пищеблок и т.д.;
- 20) сбор данных, анализ, определение приоритетных мероприятий;
- 21) подача еженедельной, ежемесячной, ежеквартальной и годовой отчетности руководству, ДСЭК;
- 22) расследование и ликвидация вспышек инфекционных заболеваний в сотрудничестве с врачами и средним медицинским персоналом;
- 23) мониторинг качества воды, контаминации воздуха, качества пищевой продукции, процессов реконструкции и строительства в центре;
- 24) обучение персонала, пациентов и их семей. Все зоны в поликлиники, где находятся персонал, пациенты и посетители включены в программу обучения - размещены брошюры, постеры памятки по технике обработки рук.
- 25) информационную связь с организациями здравоохранения и другими службами, сообщение о событиях и получении информации по аспектам: обращение с отходами, санитария, биобезопасность, противомикробная фармация, гигиена труда, пациенты, потребители, качество медицинской помощи.

7. Члены КИК

Председатель Комиссии инфекционного контроля - Муратова З.М
назначается заместитель главного врача по лечебной части.;

Заместитель председателя Комиссии инфекционного контроля -
врач эпидемиолог Спабек А.К

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа



Члены комиссии:

Бас дәрігердің медициналық көмектің сапасын бақылау

Ісі бойынша орынбасары – Куттыбаева К.М

- 1) Есенова Г.Т - №1 Жалпы тәжірибелік аймақтық бөлімше меңгерушісі,
- 2) Әлібаева Ғ.С - №2 Жалпы тәжірибелік аймақтық бөлімше меңгерушісі,
- 3) Абдуалиева М.У- №3 Жалпы тәжірибелік аймақтық бөлімше меңгерушісі,
- 4) Садықов Ғ.Б- «Қаражол» Жалпы тәжірибелік аймақтық бөлімше меңгерушісі,
- 5) Калыкбаева Б.А - Гинекология бөлімінің меңгерушісі,
- 6) Ереджепова Г.М- педиатриялық бөлім меңгерушісі,
- 7) Комакова Р.М- бас медбике

Секретарь Комиссии инфекционного контроля - врач-эпидемиолог.

1. Задачи и функции КИК Городской поликлиники
2. Комиссия инфекционного контроля Городской поликлиники (далее поликлиника) является консультативно-совещательным органом поликлиники, осуществляющим совершенствование мер инфекционной безопасности, проводимого в соответствии с разработанной и утвержденной Программой инфекционного контроля.
3. Комиссия инфекционного контроля поликлиники разрабатывает предложения в соответствии с возложенными на нее задачами и функциями.
4. Комиссия инфекционного контроля поликлинике в своей работе руководствуется Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 января 2013 года № 19 «Об утверждении Правил проведения инфекционного контроля в медицинских организациях», действующими нормативными правовыми актами Республики Казахстан и настоящим Положением о Комиссии инфекционного контроля (далее - Положение).
5. Комиссия инфекционного контроля осуществляет свою деятельность во взаимодействии со структурными подразделениями поликлиники.
6. Решения и рекомендации Комиссии инфекционного контроля поликлиники являются основой для подготовки положений, приказов и методических документов по вопросам обеспечения инфекционной безопасности.
7. Основными задачами Комиссии инфекционного контроля поликлиники являются:
 - 1) содействие в обеспечении клинических структурных подразделений поликлиники инфекционных мер безопасности по профилактике ИСМП;
 - 2) поддержание и совершенствование инфекционного контроля клинических структурных подразделений поликлиники через безопасные практики проведения медицинских манипуляций, соблюдения гигиены рук, рационального использования противомикробных препаратов и др.;
 - 3) оказание информационной, консультативной и методической помощи медицинскому персоналу клинических структурных подразделений по вопросам, связанным с инфекционной безопасностью.




8. Основными функциями Комиссии инфекционного контроля поликлиники являются:
- 1) установление единой политики по обеспечению инфекционной безопасности в клинических структурных подразделениях поликлиники;
 - 2) разработка мероприятий на основании результатов эпидемиологического анализа заболеваемости и постоянная коррекция в соответствии с текущей эпидемиологической ситуацией;
 - 3) оценка эпидемиологической значимости медицинских манипуляций, эффективности изоляционно-ограничительных мероприятий, методов стерилизации и дезинфекции.
9. Члены Комиссии инфекционного контроля:
- 1) соблюдают предусмотренный настоящим Положением тематический план работы Комиссии по инфекционному контролю утвержденный председателем Комиссии инфекционного контроля поликлиники;
 - 2) уважают репутацию, права и мнение своих коллег при участии в совместных обсуждениях;
 - 3) не используют свое положение в комиссии инфекционного контроля для получения преимуществ и выгод;
 - 4) не разглашают информацию для внутреннего пользования о работе Комиссии инфекционного контроля, если такое ограничение принято комиссией;
 - 5) не влияют на объективность принятия решений Комиссии инфекционного контроля, используя профессиональную активность, связанную с сотрудничеством с государственными структурами, частными и общественными организациями, сопряженную с возможностью возникновения конфликта интересов;
 - 6) не участвуют в экспертизе, принятии решения и голосовании по обеспечению инфекционной безопасности в случае наличия конфликта интересов;
 - 7) вносят предложения в план работы Комиссии инфекционного контроля и порядок проведения заседаний;
 - 8) в добровольном порядке путем письменного уведомления выходят из состава Комиссии инфекционного контроля;
 - 9) излагают особое мнение, которое отражается в протоколе заседания Комиссии инфекционного контроля.

8. **Функции членов КИК**

- 1) При необходимости для участия в работе Комиссии инфекционного контроля привлекаются профильные специалисты без права голоса.
- 2) Задачи председателя комиссии:
 - определяет приоритетные задачи инфекционного контроля;
 - осуществляет руководство и координацию деятельности комиссии;
 - обеспечивает своевременное проведение заседаний комиссии;
 - определяет ответственных за проведение отдельных мероприятий инфекционного контроля, в соответствии с планом инфекционного контроля;



- докладывает на конференциях о выполнении плана и решениях, принятых на заседаниях, о проблемных вопросах, требующих вмешательства руководства;
 - организывает проведение научно-практических конференций;
 - проводит внедрение передового международного опыта по инфекционному контролю;
 - проводит анализ деятельности комиссии и эффективность проводимых мероприятий.
- 3) Заместитель председателя (госпитальный эпидемиолог) в отсутствие председателя проводит заседания Комиссии инфекционного контроля и выполняет возложенные на председателя функции. Задачи заместителя председателя комиссии:
- подготовка материалов на заседание, планирование;
 - подготовка медицинских кадров по инфекционному контролю;
 - разработка целевых программ. СОПов, индикаторов, планов мероприятий по профилактике ИСМП;
 - анализ результатов лабораторного обследования, данных температурных листов, назначение (смену, усиление) антибактериальной терапии в медицинских картах стационарных больных;
 - участие в клинических обходах в структурных подразделениях поликлиники с высоким риском развития ИСМП;
 - разработка программ обучения и подготовки медперсонала соответствующего профиля по вопросам инфекционного контроля.
- 4) Секретарь Комиссии инфекционного контроля (врач эпидемиолог) отвечает за подготовку материалов и повестку заседаний, оформление протоколов заседаний, ведение архива, делопроизводства, создание и пополнение банка данных; осуществляет проверку соблюдения санитарно-гигиенического и дезинфекционно-стерилизационного режимов, соблюдения правил асептики и антисептики медицинского персонала (совместно с генеральными менеджерами (сестринское дело) клинического блока (стационара), (амбулатория).
- 5) Клинические специалисты (хирург, педиатр, акушер-гинеколог и другие клиницисты) проводят: оценку качества медицинской помощи; разработку принципов организации инфекционного контроля в структурных подразделениях: определяет перечень инфекций, подлежащих учету и регистрации в отделении, организует сбор и информацию согласно программе эпидемиологического наблюдения, обеспечивает адекватный противоэпидемический режим, анализ заболеваемости.
- 6) Экономист проводит расчет экономического ущерба при ИСМП и анализ экономической эффективности проводимых программ инфекционного контроля.

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

7) Микробиолог проводит:

- своевременное информирование заинтересованных лиц о результатах проводимых лабораторных исследований;
- разработку СОПов отбора проб от больного и объектов внешней среды, определение объема исследований;
- обучение специалистов по отбору, хранению и доставке проб для микробиологических исследований, правильности интерпретации полученных результатов микробиологических исследований;
- планирование перспективного развития материально-технического оснащения микробиологических лабораторий, разработку рекомендаций по объему микробиологических исследований;
- обеспечение базы данных: хранение данных и выделенных культур, контроль качества микробиологических исследований.

8) Генеральные менеджеры (сестринское дело) клинического блока (стационара), (амбулатория) проводят:

- обучение медицинского персонала среднего звена правилам проведения медицинских манипуляций согласно составленной и утвержденной программы обучения, проводит контроль знаний на рабочем месте или тестирование) при поступлении на работу и далее 1 раз в 6 месяцев;
- эпидемиологическое наблюдение за ИСМП под руководством госпитального эпидемиолога;
- мониторинг выполнения медицинских процедур и соблюдения гигиены рук;
- оценку потребности в расходных материалах;
- проверку соблюдения санитарно-гигиенического и дезинфекционно-стерилизационного режима, организацию соблюдения правил асептики и антисептики медицинским персоналом.

9) Заведующий аптекой осуществляет:

- оценку потребности в антимикробных препаратах и их утилизацию;
- контроль качества и стерильности лекарственных средств;
- оценку потребности отделений в стерильных лекарственных формах и бесперебойное обеспечение ими.

10) Клинический фармаколог осуществляет:

- разработку и контроль тактики назначения лекарственных препаратов (в т.ч. антибиотиков и других противомикробных препаратов);
- разрабатывает программу по рациональному использованию противомикробных препаратов, в том числе антибактериальных препаратов;
- проводит ежеквартальный мониторинг выполнения программы по рациональному использованию антибиотиков.

9. Организация работы Комиссии инфекционного контроля

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа




- 1) Комиссия инфекционного контроля работает в соответствии с планом работы, утвержденным председателем Комиссии инфекционного контроля поликлиники на один год.
- 2) Заседания Комиссии инфекционного контроля проводятся не реже 1 раз в месяц и экстренно по эпидемиологическим показаниям и считаются правомочными, если на них присутствовало две трети членов Комиссии инфекционного контроля. Решения являются принятыми, если за них проголосовало не менее двух третей членов, присутствующих на заседании. Спорные вопросы выносятся на рассмотрение председателя Комиссии инфекционного контроля решения которого является окончательными. При необходимости председатель Комиссии инфекционного контроля назначает внеочередное заседание.
- 3) Представленные на рассмотрение запросы направляются на имя Председателя Комиссии инфекционного контроля и далее секретарю.
- 4) Секретарь готовит информацию для членов Комиссии инфекционного контроля и направляет все материалы по вопросам, рассматриваемым на предстоящем заседании не менее, чем за 5 рабочих дней до срока проведения заседания.
- 5) Решения заседания Комиссии инфекционного контроля оформляются протоколом, который подписывается всеми членами Комиссии инфекционного контроля.

9. **Права Комиссии инфекционного контроля поликлиники**

- 1) принимать решения по рассматриваемым вопросам в соответствии с настоящим Положением;
- 2) запрашивать и получать от структурных подразделений поликлиники документы и материалы, необходимые для выполнения своих функций;
- 3) создавать экспертные и рабочие группы для рассмотрения вопросов, отнесенных к компетенции Комиссии инфекционного контроля;
- 4) запрашивать решения отдельных членов Комиссии инфекционного контроля при написании протокола;
- 5) вносить предложения по рассматриваемым вопросам на утверждение в нормативных правовых документах в установленном порядке.

10. **Эпидемиологический надзор за инфекциями и оценка соблюдения принципов ПИК)**

- 1) Эпидемиологический надзор проводят сотрудники отдела инфекционного контроля (заведующий отделом инфекционного контроля, старший эпидемиолог, врачи-эпидемиологи, помощники врачей эпидемиологов, медсестра инфекционного контроля) имеющие специальное образование (санитарно-гигиеническое, эпидемиология, общественное здравоохранение), имеющие обучение, опыт в курирующих отделах с привлечением сотрудников поликлиники путем постепенного улучшения деятельности организации и области профилактики и контроля инфекций, включая определение приоритетов и обеспечение постепенного

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

прогресса в достижении данных приоритетов.

- 2) Эпидемиологи определяют зоны высокого риска для профилактики и контроля инфекции, обеспечивают надзор или назначают сотрудника для обеспечения надзора за данными областями.
- 3) Сообщения по индикаторам осуществляются на еженедельных общепольничных конференциях, на госпитальных советах, на заседаниях комиссии по инфекционному контролю.
- 4) Сбор данных по инфекциям, ассоциированным с медицинскими приборами, инфекции постоперационной раны - ежемесячно.
- 5) Анализ свода данных по ИСМП предоставляется ежеквартально на заседание КИК.
- 6) Командный подход эпидемиологов обеспечивает координацию с программой менеджмента здания и безопасности больницы для включения методов профилактики и контроля инфекций.
- 7) Отчеты ежемесячные и внеочередные донесения, протоколы разборов случаев предоставляются по запросам и в плановом порядке в УОЗ, ДСЭК, МЗРК.
- 8) Эпидемиолог принимает соответствующие меры по реагированию на сообщения, выдаваемые УОЗ, ДСЭК, МЗРК в зависимости от ситуации в больнице и ее группы пациентов и в соответствии с действующим национальным законодательством, сообщениям.

11. Основные задачи при эпидемиологическом надзоре ОИК:

- 1) анализ месячных статистических показателей по внутрибольничным инфекциям, чтобы определить значительные изменения и показатели, требующие соответствующие меры;
- 2) осуществление микробиологического мониторинга: статистические данные по частоте распространения патогенов (от пациентов) и их совокупный профиль чувствительности к антибиотикам предоставляются раз в месяц микробиологической лабораторией врачам-эпидемиологам для анализа;
- 3) на основе данных чувствительности микроорганизмов разработка тактики антибиотикотерапии;
- 4) проведение планового самоконтроля эпидемиологически значимых объектов внешней среды с целью выделения и идентификации госпитальных штаммов;
- 5) достижение адекватного, рационального использования антибиотиков в соответствии с клиническими протоколами, осуществление мониторинга применения антибиотиков;
- 6) не допустить возможность заражения парентеральными инфекциями, в том числе вирусными гепатитами;
- 7) контроль за соблюдением санитарно-гигиенических правил в работе пищеблока, кафетерия;
- 8) анализ качества выполнения и результаты программы ПИК;
- 9) организация полного и своевременного учета и регистрации ИСМП;

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа



- 10) детальное эпидемиологическое наблюдение, анализ заболеваемости ИСМ11, установление причин их возникновения, выявление факторов риска, путей передачи, оценка воздействия факторов риска, расследование вспышек ВБИ и принятие соответствующих мер по ликвидации;
- 11) разработка алгоритмов (технологии) эпидемиологически безопасного выполнения лечебных и диагностических процедур, санитарно-противоэпидемического режима на основании оперативного эпидемиологического анализа, слежения за формированием госпитальных штаммов, прогноза эпидемиологической ситуации;
- 12) организация и осуществление микробиологического мониторинга;
- 13) разработка программы непрерывного обучения медицинского персонала и других специалистов по вопросам профилактики и контролю инфекций, в том числе по политикам, процедурам и практикам профилактики и контроля инфекций; пациентов и членов семьи, а так же по мере изменений ситуаций по конкретным инфекциям;
- 14) организация и участие в мероприятиях по предупреждению случаев профессиональной заболеваемости, охране здоровья медицинского персонала;
- 15) контроль стерилизации и соблюдение санитарно-дезинфекционного режима;
- 16) контроль вакцинации новорожденных и сотрудников;
- 17) контроль работы инженерных служб и состояния окружающей среды: водоснабжения, вентиляции - фильтрация воздуха и другое;
- 18) осуществляет активное выявление всех форм инфекций путем создания эффективной системы эпидемиологического наблюдения с использованием научных (эпидемиологических) методов для исследования проблем и проверки гипотез.

Эпидемиологическое наблюдение, оперативный анализ осуществляется за эпидемиологически значимыми процедурами:

- 1) *респираторный тракт* - процедуры и оборудование, связанные с интубацией, экстубацией, механической вентиляцией легких, трахеостомией и т. д.;
- 2) *мочевой тракт* - инвазивные процедуры и оборудование, связанные с наличием мочевого катетера, мочевых дренажных систем, стендов, уход за ними;
- 3) *внутрисосудистые инвазивные устройства* - установка и уход за периферическим, центральными венозными, пупочными катетерами, внутривенозными системами, проведение парентеральных инъекций, инфузий;
- 4) *послеоперационные раны* - оперативные вмешательства, уход за ними, перевязки, а также связанные с ними асептические процедуры;
- 5) *эпидемиологически значимые болезни и агенты* - агенты с мультирезистентной устойчивостью, высоковирулентные инфекционные агенты от пациентов;
- 6) роды;
- 7) пересадка костного мозга, печени, почек;
- 8) торакобиопсии, костно-мозговая пункция, люмбальная пункция;
- 9) гнойно-септические инфекции;
- 10) парентеральные вирусные гепатиты;
- 11) впервые выявленными инфекциями и реинфекциями среди населения;

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа



- 12) сбор медицинских отходов;
- 13) сбор грязного белья;
- 14) сбор инструментов для обработки в ЦСО;
- 15) проведение эндоскопических процедур;

Поддержка со стороны микробиологических лабораторий

- 1) Микробиологические исследования от пациентов и с объектов внешней среды осуществляются на базе бактериологической лаборатории НЦЭ по Туркестанской области. Отработан механизм предоставления результатов с выявлениями инфекционных агентов: передача устных сообщений по критическим значениям; ежедневная сводка, ежемесячные отчеты на электронный адрес эпидемиологов.
- 2) Ежедневный обзор результатов микробиологических исследований от пациентов проводятся в целях своевременного выявления проблем и вмешательства. Врачи бактериологи участвуют в определении рисков формирования госпитальных, устойчивых штаммов.

Разработка стратегии и тактики использования антибиотиков:

- ежеквартальный анализ потребления и мониторинг используемых антибиотиков в разрезе отделений;
- контроль назначения антибиотиков резервного ряда;
- мониторинг антибиотикорезистентности выделенных от больных культур и своевременное назначение контактных мер предосторожностей.

Мониторинг и оценка программ ПИК

В Поликлинике выделены отделения по группам риска:

- 1) *Первая группа* - высокого риска - манипуляции и процедуры с высоким риском инфицирования - инвазивные вмешательства.
- 2) *Вторая группа* - среднего риска - малоинвазивные манипуляции (внутримышечные инъекции), риск контакта с биологическими жидкостями.
- 3) *Третья группа* - низкого риска - отсутствие манипуляции связанных с нарушением целостности кожных покровов и контакта с биологическими жидкостями.

Мониторинг отделений проводится: первая группа - 1 раз в 2 недели,
2 и 3 группа - 1 раз в месяц или чаще по необходимости.

<u>Первая группа высокого риска</u>	<u>Вторая группа среднего риска</u>	<u>Третья группа низкого риска</u>
<u>Все хирургия включая прилегающие помещения, ЦСО, туб служба, дневного стационар</u>	<u>Все лабораторные помещения, аптека и помещение для амбулаторных больных</u>	<u>Все офисные помещения</u>



Выявление и расследование случаев ВБИ


- 1) Идентификации внутрибольничных инфекций, дифференциация внутрибольничных и внебольничных инфекции, основана на критериях, разработанных по контролю и профилактике заболеваний (CDC). Стандартные определения случаев инфекций пересматриваются по мере необходимости.
- 2) Случай ВБИ определяется на основании данных эпидемиологической диагностики, влияния факторов риска, присутствующих у больного (эндогенные факторы), и связанных с проведением медицинского вмешательства (экзогенные факторы), с учетом критериев определения внутрибольничных инфекций.
- 3) Инфекционные заболевания, выявленные в период пребывания в медицинской организации или в течение инкубационного периода после выписки из нее, подлежат учету как ВБИ по данной медицинской организации.
- 4) Осложнения хирургических вмешательств, выявленные в период пребывания в медицинской организации или в течение 30 суток после выписки, при наличии имплантата - в течение 1 года после проведения операции.
- 5) Кожные инфекции новорожденных подлежат учёту как ВБИ по данной медицинской организации, если проявились в течение 7 суток после выписки, эндометрит - в течение 30 суток после выписки.
- 6) Данные, на основании которых выявляются и затем классифицируются ВБИ, представляют собой различные комбинации клинических признаков, а также результатов лабораторных и других видов диагностических исследований.
- 7) Лабораторное подтверждение включает результаты посевов, иммунологических и микроскопических исследований.
- 8) Важным критерием наличия инфекции является диагноз хирурга, основанный на непосредственном наблюдении во время хирургического вмешательства, эндоскопического исследования, другой диагностической процедуры, или поставленный на основании клинических данных.
- 9) Для того, чтобы инфекция была классифицирована как нозокомиальная, не должно быть никаких признаков того, что эта инфекция присутствовала в манифестной форме или в инкубационном периоде к моменту госпитализации.
- 10) К категории ВБИ не относятся случаи, когда имеющая место инфекция представляет собой осложнение или продолжение инфекции, которые отмечались уже в момент госпитализации больного, за исключением случаев обнаружения нового патогенного микроорганизма, или изменение характера клинической симптоматики, позволяющих с высокой степенью вероятности заподозрить приобретение новой инфекции.



- 11) При установлении случая ВБИ проводится эпидемиологическое расследование, в ходе которого принимаются меры по выявлению источника инфекции, факторов и путей ее передачи, предупреждению регистрации новых
- 12) При регистрации 3 случаев ВБИ, зарегистрированных в одной медицинской организации в течение одного инкубационного периода (за исключением летальных случаев) эпидемиологическое расследование проводится госпитальным эпидемиологом медицинской организации и расценивается как вспышечная.

Порядок регистрации ВВИ

- 1) На каждый случай подозрения ВБИ заполняется экстренное извещение установленной формы, заполняемое лечащим врачом, выявившим или заподозрившим заболевание.
- 2) При подаче сведений о регистрации случая ВБИ указывается дата поступления в медицинскую организацию, дата появления признаков ВБИ, локализация, медицинские манипуляции, полученные ранее (отделение, виды лечебно-диагностических процедур).
- 3) Каждый выявленный случай внутрибольничной заболеваемости вносится в журнал учёта инфекционных заболеваний установленной формы.
- 4) Экстренное извещение направляется в государственные органы санитарно-эпидемиологической службы по телефону: _____ в течение 12 часов со дня установления диагноза.
- 5) При изменении или подтверждении диагноза экстренное извещение подается повторно.
- 6) В поликлинике применяются подходы для снижения рисков внутрибольничных инфекций путем эпидемиологического надзора, анализа данных и определение приоритетных мероприятий по следующим видам инфекций:
 - инфекции кровотока (CLABSI);
 - хирургическая раневая инфекция (SSI);
 - вентилятор ассоциированная пневмония (VAP);
 - инфекция, ассоциированная с использованием мочевого катетера (CAUTI);
 - эпидемиологически значимые инфекции (вызванные высокорезистентными штаммами VRE, MRSA, 4MRGN, BLRS и др.) глобальные инфекции;
 - вновь возникающие инфекции среди населения ветряная оспа, корь, краснуха;
 - парентеральные инфекции - вирусные гепатиты;
 - инфекции репродуктивной системы - эндометриты;


	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

Меры, принимаемые при возникновении инфекционных заболеваний, связанных с глобализацией общества.

- 1) Пациент с подозрением на инфекционное заболевание выявляется в первую очередь на этапе госпитализации в приемных отделениях. Не исключена возможность первичного выявления в других подразделениях вследствие неотложных состояний (угроза жизни) и отсутствие, каких-либо клинических и эпидемиологических признаков на момент поступления (инкубационный период, субклинические и атипичные формы течения заболеваний, здоровое носительство). Вследствие этого, кроме первичного барьера, в программу включены все отделения.
- 2) На этапе ожидания пациентом госпитализации в период сезонного подъема повышения заболеваемости (грипп, ОРВИ) и сообщениях о неблагополучной ситуации по инфекционным заболеваниям (COVID- 2019, ТОРС, SARS и другие) сотрудники приемных отделений проводят опрос о самочувствии пациента, при необходимости - термометрию, осмотр.
- 3) Сбор эпидемиологического анамнеза о посещении неблагополучных стран по тем или иным ООиКИ в течении последнего месяца осуществляется в обязательном порядке. При этом ежемесячно ОИК предоставляет сотрудникам для ознакомления данные ВОЗ о регистрации ООиКИ.
- 4) Ежегодно пересматривается и утверждается алгоритм о первичных действиях на случай COVID-2019, ООиК, геморрагических лихорадок, ОРВИ, гриппа, где прописываются поэтапные действия сотрудников поликлиники.
- 5) Для своевременного реагирования на случай глобальных инфекций (COVID-2019, ООиК, ОРВИ, грипп и др.) ежегодно утверждается схема оповещения, которая обеспечивает оперативное информирование руководства, органы санитарно-эпидемиологического контроля (УСЭК).
- 6) Пациентов с признаками инфекционного заболевания помечают в изолятор до решения вопроса о дальнейших мероприятии. После проведения осмотра и сбора эпидемиологического анамнеза, постановления предварительного диагноза принимается решение: отказ от госпитализации до полного выздоровления;
 - в случае тяжелого состояния вследствие инфекционного заболевания рассматривается вопрос о госпитализации в инфекционный стационар;
 - в случае ООиКИ действия проводятся в соответствии с оперативным планом мероприятий, утвержденным приказом на случай ООиКИ и пациент переводится в инфекционный госпиталь на основании комплексного плана поликлиники;
 - если пациента необходимо госпитализировать в стационар по жизненным показаниям, то он изолируется согласно действующим правилам по изоляции, учитывая механизмы распространения инфекции (контактные, воздушно-капельные);



- 7) Учитывая, что в поликлинике оказывается первично медико санитарную помощь населению, поликлиника не может быть перепрофилирован под инфекционную больницу (госпиталь) в связи с повышением риска вспышки инфекционной заболеваемости.
- 8) Госпитализация пациентов осуществляется в плановом порядке, за исключением госпитализаций по санитарной авиации и по жизненным показаниям, пациенты обследуются и осматриваются лечащими врачами по месту жительства на до госпитальном этапе, и при отсутствии противопоказаний направляются на плановую госпитализацию. При этом предоставляется справка об эпидемиологическом окружении (отсутствие или наличие контакта по месту жительства с инфекционным пациентом, в том числе COVID-2019).
- 9) Поликлиника обеспечивает изоляцию пациентов с подозрением на инфекционные заболевания с соблюдением стандартных мер предосторожности в зависимости от механизма передачи инфекции. В дальнейшем решается вопрос о переводе в инфекционную больницу.
- 10) Пациенты с устойчивыми, резистентными микроорганизмами (MRSA; MRSE; ESBL; MRGN; VRE и др.) изолируются в отдельную палату.
- 11) Допускается групповая изоляция при идентичных заболеваниях. Палаты заполняются поэтапно.
- 12) Пациентов, обратившихся на плановую госпитализацию с признаками инфекционных и паразитарных заболеваний, госпитализируют в стационар после полного выздоровления. При неотложных состояниях пациент госпитализируется в отдельную палату (изолируются).
- 13) Пациенты с иммунодефицитом первичным, либо вторичным, реципиенты органов, госпитализируются в отдельную палату.
- 14) Госпитализации пациентов с воздушно-капельными инфекциями осуществляется с помощью каретой скорой помощи в инфекционный стационар.
- 15) Надлежащая уборка и дезинфекция поверхностей и оборудования в фильтре кабинете проводится после транспортировке пациента в инфекционный стационар.
- 16) При получении уведомления о росте инфекционной заболеваемости в эпидемический период и введении ограничительных мероприятий от органов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия вводятся ограничительные мероприятия: ограничение посещения родственников, масочный режим (в особенности в приемных отделениях, отделениях, где ведется прием амбулаторных пациентов), устраивается фильтр пациентов для более эффективного и целенаправленного выявления.
- 17) Пациенты с известными или предполагаемыми инфекционными заболеваниями изолируются в отдельную палату (по типу инфекции), если инфекции вызваны резистентными штаммами микроорганизмов, выделяется отдельный пост. Персоналу, имеющему состояние иммунодефицита (первичные и вторичные

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 21 из 30

иммунодефициты), беременность, запрещается работа с данной категорией пациентов. О своем состоянии сотрудник по желанию сообщает непосредственному руководству.

- 18) Пациентам после трансплантации, получающим иммуносупрессивную терапию, выделяется отдельная палата, по возможности сроки госпитализации должны быть короткими. Не допускается контакт пациентов с иммуносупрессией с инфекционными пациентами, путем изоляции.
- 19) При поступлении большого количества пациентов с контагиозными инфекционными заболеваниями, в том числе с воздушно-капельными инфекциями в случаях, когда не хватает существующих палат с отрицательным давлением, принимаются следующие меры:
 - изоляция пациентов в отдельные палаты;
 - обозначение дверей в соответствие с соответствующим знаком контактных мер предосторожностей;
 - индивидуальной защиты (СИЗ) - маски, одноразовые халаты и т.д.;
 - персонал обучен работе с такими пациентами.

Основные критерии, которые помогут заподозрить инфекцию:

- 1) наличие подъема температуры, сыпи или необычных поражений кожи за последние три недели;
- 2) наличие выездов у пациента за пределы страны, нахождение тесного контакта с лицами, кто путешествовал, выезжал за пределы страны;
- 3) наличие у пациента и кого-либо из людей, с которыми были в контакте дома, на работе, в школе, респираторных признаков, кашля, одышки, затрудненного дыхания, жидкого стула за последние три недели.


Инфекционные отходы.

В Поликлинике действует Программа по контролю и утилизации медицинских отходов, где прописаны меры по обеспечению безопасного использования и утилизации острых предметов и игл, безопасному обращению инфицированными отходами и биологическими жидкостями в отделениях и в комнате временного хранения отходов, меры по минимизации риска переноса инфекции в патологоанатомическом отделении.

Здоровье сотрудников

В целях предупреждения распространения инфекционных заболеваний, связанных с медицинским обслуживанием, Поликлинике проводит следующие мероприятия:

- 1) Задачами проведения медицинских осмотров персонала является обеспечение своевременного медицинского обследования, направленного:
 - на формирование и укрепление здоровья;

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: <i>СОП</i>	
	Система менеджмента качества	Версия: 1	Страница: 22 из 30

- выявление и предупреждение распространения заболеваний, в том числе профессиональных, отравлений, несчастных случаев;
 - обеспечение безопасности труда и охраны здоровья лиц, осуществляющих хозяйственную или производственную деятельность.
- 2) Предварительные медицинские осмотры проводятся при поступлении на работу с целью выяснения пригодности к выполнению обязанностей по профессии, а также предупреждения общих, профессиональных и нераспространения инфекционных и паразитарных заболеваний с предоставлением подтверждающей документации: личная медицинская книжка.
 - 3) При появлении каких-либо признаков вирусной или другой какой-либо инфекции сотрудник не выходит на работу во избежание разноса инфекции.
 - 4) Сотрудник посещает поликлинику (согласно территориальному участку места жительства), получает лечение, после полного выздоровления допускается к работе при наличии допуска от лечащего эпидемиолога определяет персонал, подвергаемый риску и возможной передаче болезней, предупреждаемые путем вакцинации, и реализует программу вакцинации и иммунизации персонала.
 - 5) Вакцинация сотрудников в предэпидемический сезон гриппа осуществляется за счет средств государственного бюджета, а также по желанию индивидуально по месту жительства.
 - 6) Вакцинация сотрудников против гепатита В (3 серии) проводится в лечебно-профилактических организациях по месту жительства. В случае срока вакцинации против вирусного гепатита В более 10 лет, ревакцинация проводится после проведения исследования на маркеры вирусных гепатитов В.
 - 7) Эпидемиолог оценивает риски, связанные с не привитыми сотрудниками и определяет действия по сокращению риска вспышки инфекционных заболеваний.
 - 8) Периодические обязательные медицинские осмотры проводятся с целью обеспечения динамического наблюдения за состоянием здоровья работающих, своевременного установления начальных признаков заболеваний, предупреждения общих, профессиональных и нераспространения инфекционных и паразитарных заболеваний. Периодичность проведения обязательных периодических медицинских осмотров - 2 раз в год.
 - 9) Регламент прохождения медосмотров персоналом определяется, согласно перечню вредных производственных факторов, профессий, при которых проводятся обязательные медицинские осмотры, и перечня работников, подлежащих обязательным медицинским осмотрам, работающих на эпидемиологически значимых объектах.
 - 10) Сотрудники проходят периодическое медицинское обследование: флюорография, терапевт, дерматовенеролог 2 раз в год; медицинские работники хирургического, гинекологического, акушерского профилей -

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа




обследование на яйца гельминтов, на сифилис, на носительство возбудителей: дизентерии, сальмонеллеза, брюшного тифа, паратифов А и В, патогенного стафилококка, через каждые 6 месяцев, обследуются на маркерную диагностику гепатита В и С, ВИЧ. Младший медицинский персонал проходит медицинский осмотр через каждые 12 месяцев.

- 11) Сотрудники, связанные с организацией питания проходят медицинское обследование: флюорографию, обследование на яйца гельминтов - 2 раз в год; на сифилис, на носительство возбудителей дизентерий, сальмонеллеза, брюшного тифа, паратифов А и В, патогенного стафилококка - 2 раза в год; обучение санитарному минимуму, врачебный осмотр (терапевт, дерматовенеролог) - 2 раз в год.
- 12) Каждому сотруднику выдается медицинская форма в количестве 3 комплекта.
- 13) В целях защиты от инфицирования применяют индивидуальные средства защиты в соответствии с «Правилами использования средств индивидуальной защиты»
- 14) В случаях аварийной ситуации (прокол кожи, порез, контакт с биологической жидкостью потенциально инфицированного пациента) ВИЧ/СПИД, медицинскому работнику проводят действия согласно постконтактной профилактики - то есть проводится осмотр, консультирование работника, наблюдение (повторные анализы крови через несколько месяцев) согласно алгоритму «Универсальные меры предосторожности при возможном контакте с биологическими жидкостями».
- 15) В каждом отделении ведется журнал для регистрации аварийных ситуаций, инцидентов, случаев укола иглой или порезов.
- 16) На случай разливания биологической жидкости, существует комплект защиты, во избежание растекания биологических жидкостей и возможного инфицирования персонала.
- 17) Обучение всего персонала, пациентов, членов семьи и всех других вовлеченных лиц в уходе за пациентом методам профилактики инфекций, в том числе, когда обновляются правила, процедуры, алгоритмы с акцентом на важность их роли в борьбе с инфекцией.

Безопасность пациентов:

- 1) Все стационарные больные находятся под наблюдением инфекционного контроля. Служба ведет контроль на протяжении всего времени пребывания пациента в стационаре.
- 2) В поликлинике разработано и применяется правило по использованию антибиотиков и предотвращению развития устойчивости к антимикробным препаратам.
- 3) Пациенты, поступающие на оперативное лечение, должны быть обследованы

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1


бактериологически: зев, мокрота при наличии кашля и рентгенологических показаний, катаральных явлений, при наличии клинических признаков сепсиса, температуры проводят обследование крови на стерильность. Забор материала проводят согласно утвержденным правилам и процедурам до начала антибиотикотерапии. По месту жительства пациенты до 2-х лет и ухаживающие проходят бактериологические исследования на патогенную флору с кала и на наличие патогенного стафилококка, в том числе на носительство метицилин- и ванкомицинрезистентных стафилакокков.

- 4) Обучение пациентов инфекционному контролю проводится сотрудниками отделения. Непрерывное обучение проводится с целью разъяснения особенностей ухода за раной и/или инвазивными приборам и устройствам и.
- 5) Пациент должен знать о возможных инфекционных осложнениях, связанных с пребыванием в стационаре.
- 6) Сотрудники, не прошедшие медицинское обследование в установленные сроки не допускаются к работе с пациентами.

Медицинское оборудование, инструменты и расходные материалы

- 1) Дезинфекция проводится разрешенными к применению средствами.
- 2) Одноразовые инструменты и медицинские изделия запрещено использовать повторно и они должны быть утилизированы.
- 3) Медицинские изделия с истекшим сроком годности, одноразовые - не допускаются к повторному использованию и утилизируются;
- 4) Многократные медицинские изделия направляются на перестерилизацию в ЦСО.
- 5) Текущая уборка проводится не менее 2 раз в день с использованием моющих и дезинфицирующих средств. Генеральная уборка проводится по графику не реже 1 раза в месяц. Заключительная уборка проводится по мере выписки пациентов. Текущая и заключительная дезинфекция в палатах пациентов с инфекционными и паразитарными заболеваниями, постелями резистентных микроорганизмов проводится дезинфицирующими средствами и концентрациями рекомендованными службой эпидемиологического контроля по согласованию. Рекомендуется использование бесконтактной дезинфекции. По окончании заключительной уборки проводится выборочный контроль качества дезинфекции.
- 6) Жидкое мыло, антисептики одноразовые полотенца, доступные в зонах, где требуется гигиена рук (туалеты, процедурные, палаты, входы в отделение).
- 7) Использованное белье пациентов дезинфицируется и стирается в прачечной согласно утвержденным процедурам. Белье в отделениях собирается в мешки без предварительного разбора и сортировки. Инфицированное белье собирается отдельно в непромокаемые мешки, дезинфицируется и стирается отдельно.

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа


	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

- 8) В прачечной проводится дезинфекция белья хлорсодержащими препаратами в установленных концентрациях.
- 9) Дезинфекция и стерилизация медицинских инструментов, МИ проводится централизованно в ЦСО. Инструменты и МИ транспортируются в ЦСО, где они проходят все этапы обработки.
- 10) Чистые, стерильные инструменты, МИ, перевязочный материал хранится в хорошо проветриваемом специально выделенном месте, защищенном от пыли и перепадов температур, при относительной влажности не более 65 %.
- 11) Инструменты, МИ, расходный и перевязочный материал не используются по истечении сроков годности.
- 12) Медицинское оборудование и МИ по степени контакта с организмом человека риск инфицирования пациента подразделяются на три группы:
 - критические МИ - инструменты и оборудование, непосредственно контактирующие с тканями, полостями или кровеносным руслом человека;
 - полукритические МИ — инструменты и оборудование, контактирующие с неповрежденных слизистыми оболочками.
 - некритические МИ - инструменты, оборудование и предметы ухода, контактирующие с неповрежденным кожным покровом.
- 13) Критические МИ подвергаются стерилизации, полукритические- дезинфекции высокою риска и среднего уровней, некритические- дезинфекции среднего и низкого уровней.

Здание и сооружения

- 1) Снос, строительство и реконструкция зданий проводится при наличии заключений на проведение работ и после согласования с органами, уполномоченными в сфере санитарно- эпидемиологического благополучия. При наличии текущего строительства (ремонта) проводится предварительная оценка риска строительства и оценка риска инфекционного контроля и план (ы) для смягчения выявленных рисков.
- 2) Здание центра соответствует требованиям санитарным правил.
- 3) Инженерный контроль включает: контроль освещения, микроклимата, питьевой воды, воздуха.
- 4) Воздух, поступающий в отделения, подготавливается, проходя через фильтры грубой и тонкой очистки. Здание оборудовано фильтрами классов Н13 и Н14. Операционные обеспечены системами ламинарных потоков. Закуп, контроль работы, смена фильтров проводится при участии службы эпидемиологического контроля.
- 5) Здание оборудовано централизованной системой водоснабжения. Качество воды контролируется: 1. Химический состав 2. Бактериологическая безопасность.

Запрещается несанкционированное ксерокопирование документа

	ГКП на ПХВ "Ленгерская городская поликлиника" УЗ Туркестанской области	Тип документа: СОП	
		Система менеджмента качества	Версия: 1

- 6) Дезинфекция проводится разрешенными к применению средствами.
- 7) Текущая уборка проводится не менее 2 раз в день с использованием моющих и дезинфицирующих средств. Генеральная уборка проводится по графику не реже 1 раза в месяц. Заключительная уборка проводится по мере выписки пациентов.

Инфекционная безопасность использования лазеров и других устройств оптического излучения

- 1) Во время хирургических процедур с использованием лазера или электрохирургической установки термическое разрушение тканей приводит к образованию побочного продукта дыма. Исследования подтвердили, что этот дымовой шлейф может содержать токсичные газы и пары, такие как бензол, цианистый водород и формальдегид, биоаэрозоли, мертвые и живые клеточные материалы (включая фрагменты крови), вирусы, бактерии. При высоких концентрациях дым вызывает раздражение глаз и верхних дыхательных путей у медицинского персонала и создает проблемы со зрением для хирурга. Дым имеет неприятный запах и обладает мутагенным действием.
- 2) Задokumentирована передача вируса папилломы человека (ВПЧ), вирусных гепатитов, ВИЧ и их инфекционных компонентов через хирургический дым от лазеров. Ежегодно более полумиллиона медицинских работников, включая хирургов, медсестер, хирургических технологов и других, подвергаются воздействию дыма от хирургического вмешательства.
- 3) Острые последствия воздействия дыма включают:
 - Раздражение глаз, носа и горла
 - Головная боль Кашель
 - Заложенность носа
 - Астма и астматические симптомы
- 4) Мало что известно о последствиях для здоровья хронического воздействия хирургического дыма.
- 5) Лазерная установка используется в офтальмологии (поликлиника, стационар), отоларингологии (стационар) - процедуры осуществляются в операционных, где установлены HEPA фильтры.
- 6) При использовании лазерных установок специалисты, осуществляющие работу в зависимости от производимых процедур должны оценить наличие образования «хирургического» дыма.
- 7) Специалисты, участвующие в процедуре лазерной терапии должны пройти специальную подготовку, опыт по использованию лазерного устройства, обучение по инфекционной безопасности при работе с лазерными установками и своевременно проходить медицинский осмотр.
- 8) Меры инфекционной предосторожности;



- дымоотсосы следует использовать в ситуациях, когда образуется значительный шлейф, а системы вытяжки через стены следует использовать для контроля небольшого количества дыма при наличии соответствующей вентиляции воздуха в помещении;
- при использовании эндоскопа без видеокамеры необходимо оборудовать эндоскоп соответствующим фильтром для защиты от лазерного излучения. При лазерной эндоскопии с защитным фильтром пользователю не требуется;
- строгое ношение при проведении процедуры лазерной терапии специальных защитных очков для работы с лазерной системой всех находящихся в зоне воздействия лазера, обеспечивающее в том числе исключение попадания биологического материала в слизистые глаза;
- использовать правильно подогнанный респиратор с фильтрующей маской (например, N95), а не хирургическую или лазерную маску, особенно в ситуациях, когда отсутствует вентиляция или работает неправильно. Защита органов дыхания должна быть по крайней мере такой же защитной, как и прошедшая проверку на соответствие фильтрующей маске респиратора N95 при работе с известными случаями передачи заболеваний (например, ВПЧ) и/или во время процедур образования аэрозолей, или с заболеваниями, передаваемыми через аэрозоль (например, туберкулез, COVID-2019);
- после проведения процедур составные части лазерного оборудования и поверхности помещения подвергаются тщательной очистки и дезинфекции, разрешенными дезинфицирующими средствами фштаЖ; осуществляющий очистку и дезинфекционную обработку лазерных оборудования должен использовать СИЗ (маски медицинская, защитные очки, халат одноразовый, нестерильные перчатки), соблюдение гигиены рук до и после проведения очистки и дезинфекции, утилизации использованного материала, в том числе биоматериала в соответствии с классификацией классов медицинских отходов.

6.3 Документирование процедуры

Документирование процедуры осуществляется в следующих документах:

- 1) Форма ЭИ
- 2) Журнал учета инфекционных заболеваний;
- 3) Протокол заседания КИК.

6.4 Индикаторы эффективности выполнения

Правил 35. Индикатором эффективности выполнения процедуры является Соблюдение этапов выполнения процедуры.

Расчет индикатора:



Полнота исполнения СОП = число выполненных требований x 100/общее число требований.

Целевое значение стремится к 100.

Организационные аспекты разработки СОП

Указание условий пересмотра Правил:

Пересмотр СОП осуществляется 1 раза в год и/или при появлении новых требований.

Список использованной литературы

- 1) Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI «О здоровье народа и системе здравоохранения»
- 2) Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от года № 126 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний».
- 3) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от года № КР ДСМ-169/2020 «Об утверждении правил регистрации, ведения учета и отчетности случаев инфекционных, паразитарных заболеваний и (или) отравлений, неблагоприятных проявлений после иммунизации».
- 4) Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от года Л» 175 «Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарнопротивоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний».
- 5) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от г. № КР ДСМ-214/2020 «Об утверждении правил проведения мероприятий по профилактике туберкулеза».
- 6) Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 09.12.2015 г. №758 «Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к системам вентиляции и кондиционирования воздуха, их очистке и дезинфекции».
- 7) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15.01.2013 года №19 «Об утверждении Правил инфекционного контроля в медицинских организациях».
- 8) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2020 года № КР ДСМ-96/2020 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения».



- 9) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28.07.2022 года №КР ДСМ-68 «Об утверждении санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации».
- 10) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от года №КРДСМ-40 «Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению особо опасных инфекционных заболеваний".
- 11) Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 11.08.2020 г. №96/2020 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний (чумы, холеры)».
- 12) Практическое руководство «Основы инфекционного контроля», второе издание, глава 36 Приложение Б: Определения внутрибольничных инфекций, разработанные ЦКЗ.
- 13) Материалы второго совещания ВОЗ Неформальной сети по профилактике инфекций и инфекционному контролю в здравоохранении 26-27 июня 2008 г., Женева, Швейцария «Основные компоненты для программ профилактики инфекций и инфекционного контроля».
- 14) Практические рекомендации «Внедрение системы мер по совершенствованию гигиены в лечебном учреждении», Л.Г. Пантелеева, О.Н. Ершова, Т.А. Гренкова, Е.П. Седькова, Москва, 2011 г.
- 15) Руководство «Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, в акушерских отделениях/стационарах» Института здоровья семьи, 2012г. <http://www.ifliealth.ru>.

1. Указание условия пересмотра СОП: Пересмотр СОП проводится 1 раз в 3 года или при появлении новых требований.

Лист регистрации изменений

№	№ раздела, пункта стандарта, в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	ФИО лица, внесшего изменения

